

發展遲緩幼兒早期療育服務之系統評估

近年來，發展遲緩幼兒之早期療育在政府的大力推展之下，成為台灣目前最重要的社會福利議題之一。由於早期療育所服務的對象包括發展遲緩幼兒及其家庭，服務的模式是以家庭為中心，希望藉由療育與社會服務的介入，提昇幼兒、家長及家庭的功能，因此，早期療育服務以多領域式的團隊合作方式，結合了醫療、教育，與社會福利等相關資源，希冀提供給這群特殊幼兒及家庭一個全面性的、有效的服務。然而，有效的服務是來自於健全的服務組織與結構，因此，經由系統評估來檢視早期療育的運作過程，以分析服務中所呈現的運作與服務執行脈絡，作為修正的建議，是早期療育的研究與發展中一個值得關切的議題。

因此，本研究的目的是在於以系統運作的觀點，針對不同層次的早期療育行動者，如政策決策者、政策執行者、直接服務提供者，及特殊幼兒家長們，採用問卷調查、訪談及文獻分析等方法，來（一）探討直接服務提供機構對服務提供過程的設計、執行、與管理，及其可能影響因素；（二）探討早期療育服務的執行組織結構間的互動內涵；（三）探討發展遲緩幼兒家長們在服務參與上的特質，與服務使用狀況與態度，及其可能影響因素。

本研究的初步結果分析發現，幼兒的性別、年齡、身份別及母親的教育程度會顯著影響發展遲緩幼兒的服務接受狀態。孩子的身份別、區域及母親的教育程度會顯著影響家長對家庭生活滿意度的主觀評價。區域及母親教育程度會顯著影響家長對個管員服務的滿意度；而個案管理中心所提供的服務內容則會因區域而有顯著差異。

The systematic evaluation of early intervention for young children with developmental delays

The early intervention for young children with developmental delays has been an important issue in the fields of social welfare and child development in Taiwan. As the main purposes of early intervention are to help promote the development of these young children with developmental delays and the function of their parents and families, early intervention is considered as an array of family-centered, multi-disciplinary, coordinated and effective services. However, effective early interventions are based on healthy operational systems in which services are produced and delivered appropriately and smoothly, and could meet the individual needs of family. Evaluating the early intervention systems and finding out important factors contributed to healthy functioning of service system has been critical to the development of early intervention.

From the point of system operational mechanism, this study aimed to evaluate the early intervention systems across the nation through (1) examining the contents of service design, delivery and management at local service-providing organizations, (2) investigating the characteristics of those families of young children with developmental delays in terms of involvement and parents' attitudes toward early intervention services, and (3) comparing the differences of perceptions of early intervention among service providers and parents of young children with developmental delays. This study used survey, interviews, and documentation to collect data from officials of local governments, service providers of organizations, and parents of young children with developmental delays.

The results indicated that 1. the child's sex, age as well as legitimate status, and mother's educational level significantly affected the child's service conditions, 2. the child's legitimate status, the area, and mother's educational level had significant effects on how parents perceived their family life quality, 3. the area and mother's educational level significantly affected parents' satisfactions of service provided by case managers, and 4. the service contents provided by case management centers were significant different upon areas.

壹、緒論

一、研究背景

兒童是社會健全穩定的基石。社會經由福利服務系統幫助一群無法得到良好照顧，或者在發展過程中有特殊需求的兒童，獲得良好的醫療、教育及社會服務，不僅對兒童的發展有正面的影響，也提昇了社會福祉 (Meisels & Shonkoff, 2000)。從兒童發展的觀點來說，兒童在每個發展階段都有其學習任務，當發展的過程中受到干擾，無法達到必須學習的任務時，便會影響到後續的發展階段，如果能夠及早發現干擾因素，經由環境的介入，提供有效的服務，便能夠導正發展軌跡，提昇發展品質。而早期療育便是一種環境介入與提供有效服務的過程 (Dunst, 1985, 2000)。基於這個理念，1965 年啟蒙方案 (Head Start) 開始在美國二千五百個社區實行，為不利環境幼兒及家庭提供了結合教育、醫療，及社會福利等全面性的服務，希冀改善這群幼兒們的生長環境，減少不利環境因素對幼兒日後發展的負面影響。雖然專家們對啟蒙方案的成效有不同的評價，然而啟蒙方案讓社會對早期療育的重要性有更深刻的了解，此後，早期療育的推展便成為重要的社會福利議題 (Meisels & Shonkoff, 2000)。

從 1972 年通過了 P.L. 92-424 (The Economic Opportunity Amendments)，規定所有的啟蒙方案至少必須為身心障礙兒童保留 10% 的名額後，美國許多法案相繼對身心障礙兒童的早期療育服務做出更詳細的定義與闡述。1986 年的 P.L. 99-457 (Education for All Handicapped Children Act Amendments) 說明早期療育為「為身心障礙幼兒及其家庭所提供的，全面性的、經過協調的、多領域的、機構間的服務」，並確定「以家庭為中心」的服務方式。1990 年的 P.L. 102-119 (The Individuals With Disabilities Education Act Amendments) 強調家庭在早期療育中的角色，及社區對支持特殊嬰幼兒及其家庭的責任，並且基於融合的理念，讓特殊幼兒得以進入普通的學前教育機構及兒童照顧機構，與一般的同齡兒童，在自然的環境中成長與學習。1997 年的 P.L. 105-17 (The Individuals With Disabilities Education

Act Amendments)允許各州政府自行擬定發展遲緩的定義，及決定是否使用發展遲緩的類別，並且為了服務的延續性，各州得以將發展遲緩類別的合法性延伸至 9 歲。

從法令演變的過程來看，早期療育服務由微觀的兒童醫療到較巨觀的生態觀點，服務的重點不再侷限於發展遲緩幼兒的療育及親子互動品質的提昇，而是著重於家人關係的聯繫，家長支持網絡的建立，及家庭與社區資源的聯結(Halpern, 2000)；服務遞送的模式由單一方案模式到全面性系統模式，服務提供的機構間不再是各行其事，缺乏聯繫，而是建立起密切的、協調的合作關係(Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000)；服務的連續性從間斷式到無縫式的銜接(seamless transition)，特殊幼兒自出生起至入學前，幼兒及家庭所接受到服務是不中斷的(Halpern, 2000)；服務社區化，社區應該為特殊幼兒及其家庭提供各種不同的，含括專業化及非專業化的支持服務等(Halpern, 2000)。因此，早期療育的發展趨向於以家庭為服務的中心，經由服務系統化的觀點，進行資源的整合與連結，以期提供幼兒及家庭們更完整、全面性的服務(Epps & Jackson, 2000; Halpern, 2000)。

周全的法令為早期療育的發展墊下基石，數十年來，美國在這個領域裡已累積了豐富的實務經驗及理論與實證研究。第一代的早期療育方案與研究重點都放在幼兒的療育與成效，探討早期療育對發展遲緩幼兒的發展(Barnett, Pepiton, & Bell, 1999; Mahoney & Bella, 1998; Meisels, Dichtemiller, & Liaw, 1993;)、家庭功能(Brooks-Gunn, Berlin & Fuligni, 2000; Harbin, McWilliam & Gallagher, 2000; Dunst, 2000)，與家長福祉的影響((Brooks-Gunn, Berlin & Fuligni, 2000; Harbin, McWilliam & Gallagher, 2000; Dunst, Triette, & Jodry, 1997; Mahoney & Bella, 1998)。在這成效評估的研究主流中，也有學者認為早期療育的成效是建立在完善的服務執行過程，當服務無法被適當遞送時，早期療育便會無法達到預期(Halpern, 2000; Zigler, 2000)。加上成效評估研究對早期療育整體價值與成果都呈現出正面的結果，對服務系統的評估上的需要性似乎已經大於成效評估(Zigler, 2000)，所以，第二代的研究焦點就由成效轉移到服務執行過程的評估，關切

服務系統的發展與服務遞送的過程，希望能藉此找出最具成本效益的服務系統，並且幫助實務工作者了解早期療育執行過程中的相關機制（Guralnick, 1997；Zigler, 2000）

我國對發展遲緩兒童的服務，雖然於八十二年修正實施的兒童福利法即已明文規定，民國八十三年內政部開始規劃發展遲緩兒童早期療育服務系統，民國八十四年成立早期療育推動委員會（內政部兒童局，2000），民國八十五年訂定「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」（內政部社會司，1997），說明早期療育的服務流程，並簡單界定每個服務流程中應提供的服務內容，但是直至民國八十六年才真正全面性展開早期療育服務（施怡廷，1998）。至目前為止，國內共有二十四個直轄市、縣（市）政府成立「發展遲緩兒童早期療育服務通報轉介中心」；行政院衛生署也於國時三個直轄市、縣（市）政府成立「發展遲緩兒童早期療育服務聯合評估中心」，各地方政府也成立相關的療育單位（張秀玉，2002）。由於相關的法令對早期療育服務單位名稱、服務管理與運作方式都沒有一致性的規定，因此各縣市在名稱上有很大的分歧，有稱為早期療育綜合服務中心、早期療育通報及轉介中心、早期療育通報轉介系統及轉介中心、早期療育轉介中心、早期療育通報暨轉介中心、早期療育發展中心、個案管理中心…。等；在管理與運作上，各地方政府除了自行辦理某些業務外，其餘業務則多經由委託機構、協會、基金會或醫院辦理，在公私協力的過程中，不僅不同的機構屬性呈現了不同的管理與運作模式（萬育維，2001），公私部門間的互動關係也會因合作的方式不同而有所差異。雖然，早期療育是藉由包含社政、衛生、教育三個領域的相關單位所構成的服務系統，但是各地方政府對這服務系統的定位、規劃、執行，有很大的分歧，甚至衝突（陳明賢，2000；萬育維，2001），這對資源有限的台灣而言，不僅造成資源上的浪費，也阻礙了早期療育服務的推展。因此，對早期療育服務系統與組織進行全面性的了解與評估後，如何在兼顧各地方政府的資源與考量順序下，提出更有效的服務系統整合建議，應是目前早期療育學者所應關懷的議題。

二、研究目的與問題

雖然，台灣對早期療育的研究仍以成效評估為主（陳俞君、朱曉慧，1995；陳姝蓉、黃美智，1999；陳昭儀，1995；林淑謹，1999），但也有多位學者專家關注到早期療育系統的議題。陳明賢（2000）以高雄市為例，評估早期療育方案的服務流程；沈慶盈（2000）從台北市早期療育綜合中心下的通報轉介、發展評估與特殊教育的業務，探討台北市早期療育服務體系的運作過程、困境與資源整合成效；楊玲芳（2000）以早期療育個案管理員為研究對象，探討個案管理的做內涵；萬育維（2001）以得爾菲法（Del Phi）蒐集國內專業人員的意見，探討早期療育中心的行政隸屬、設置定位與運作型態；張秀玉（2002）針對早期療育中的通報轉介服務敘述政策執行的影響因素；林金定（2002）由供給與需求面，分析台北市早期療育體系的服務提供與發展遲緩兒童需求間的差距。然而，這些研究大都偏於某一執行面上的分析，較少同時從政策、執行、與成效三個不同的層面來評估早期療育服務系統，探討服務執行的組織結構間的互動。因此，本研究與上述研究不同的地方在於，以系統運機制（system operational mechanism）為架構，分析系統內從政策（輸入），經由執行（轉化），到成果（輸出）的過程，來看早期療育服務的整體實況；並且用內涵因素（content factor）與政策執行能力分析的概念來檢視系統內的運作情形，如此可以更全面性的了解並評估早期療育系統的運作與成效。

基於上述，本研究的目的為：

- （一）探討台灣早期療育的政策擬定與制度運作的過程與狀況，及其可能影響因素。
- （二）探討地方政府於早期療育政策執行的過程與狀況，及其可能影響因素。
- （三）探討直接服務提供機構對服務提供過程的設計、執行、與管理，及其可能影響因素。
- （四）探討早期療育服務的執行組織結構間的互動內涵。
- （五）探討發展遲緩幼兒家長們在服務參與上的特質，與服務使用狀況與態度，及其可能影響因素。
- （六）早期療育服務之公、私部門，及接受服務之發展遲緩幼兒之家

長，對早期療育服務內涵的比較與差異。

(七) 對早期療育系統的運作與發展提出具體建議。

基於研究目的，本研究的研究問題如下：

- (一) 在早期療育服務的輸入階段，探討早期療育的政策與制度：中央與地方政府如何規畫、制定早期療育服務系統及相關支持措施（如技術協助、人員訓練、研究發展等）？在政策擬定的過程中，如何受到環境，如社會、政治、經濟等狀況的影響？
- (二) 在政策的轉化階段，探討地方政府在早期療育政策執行的組織與管理：地方政府內部單位對早期療育執行的分工為何，及合作模式與溝通模式為何？政策執行力為何？與民間機構合作的模式為何？與民間相關機構行的互動模式為何？如何對民間相關機構進行管理與監督？政策的執行與服務的管理受到哪些因素的影響？
- (三) 在政策的再轉化階段，探討直接服務提供機構對服務提供過程的設計、執行、與管理：機構的設立型態、組織與運作為何，及這些組織特質如何影響到早期療育服務的推展？機構的管理文化如何影響早期療育服務的遞送過程，如服務資訊的傳播、資源的連結、服務過程與成效的控制與評估，及與其他相關機構的聯繫與合作的模式等？
- (四) 在早期療育服務的輸出階段，探討特殊幼兒家長在服務參與上的特質，與服務使用狀況與態度：特殊幼兒及家庭的特質與需求為何？接受服務的狀況為何？對服務過程與內容的評估為何？及影響服務參與與評估的因素為何？

三、研究的重要性

本研究的重要性如下：

(一) 在國內經濟不景氣，福利預算萎縮的情況下，早期療育服務在運作上勢必會遇到很大的經費危機，為了因應這種危機，國內必須要找出一個最符合成本效益的服務模式。而機構的合作與資源的有效聯結是最能減少資源浪費的服務方式，因此，本研究經由系統的觀點來審視服務的過程，探究出各個子系統間於資源與服務整合上所遇到的困難後，能提出具體建議提昇機構間垂直與橫向間的合作，以使早期療育服務能在用有限的資源內，達到最大的服務成效。

(二) 分析早期療育系統的社會脈絡 (social context)：國內文化、經濟與資源等條件與國外不同，在實際的制度規劃、服務的策略，以及不同行動者間的利益脈絡也有所差異，因此，西方福利國家的早期療育模式，僅可作為我國於政策與執行上的參考。本研究從決策單位、服務執行機構、服務接受者三方面所存在的社會脈絡來了解國內未來早期療育服務的走向，應使本研究更有意義。

貳、理論與文獻探討

一、早期療育的發展

早期療育的發展不僅始於幼年學習經驗對兒童發展的重要性，也開始於政治經濟因素的考量，認為早期療育服務是社會福利服務中最符合成本效益的服務 (Meisels & Shonkoff, 2000)。因此，對早期療育的發展將從理論與政策兩個觀點來論述早期療育服務系統的模式。

1. 早期療育的理論與分析

在兒童的成長過程中，有許多因素對兒童的發展產生很負面的影響，如基因異常、生理及新陳代謝異常、疾病、感染、中樞神經受損，及不利環境等等，都被視為會造成障礙及發展遲緩的危險因子 (Wolery, 2000)。當障礙及異常形成時，不僅對兒童本身的適應及學習能力造成傷害，也危及到兒童家庭

的功能與福祉。對前者而言，當兒童沒有獲得及時的療育時，兒童的整體發展便會停滯或退化；對後者而言，當因孩子的障礙而危及到家庭功能時，缺乏適當的服務與支持，便會造成兒童生長環境的惡化，進而影響兒童發展的軌跡(Nelson, 2000; Wolery, 2000)。而這些危險因子在發展的越早期出現，對兒童的日後發展越為不利(Nelson, 2000)。為了減少危險因子對兒童發展所造成的不利影響，許多學者基於認知發展理論、行為理論，及系統理論，發展出早期療育服務方案不同的內涵。

在認知發展理論裡，認為兒童自出生即有探究、認識與學習本能，幼兒便是在生理成熟，及對環境的探索與互動過程中發展，因此，在發展過程中，環境與環境所提供的經驗便佔了重要的地位。由於發展遲緩幼兒因為障礙而導致功能上的缺陷，或因為不利環境因素，使得無法像正常兒童一樣主動的探索世界，而早期療育主要就是增加這群幼兒對環境探索的機會。從行為理論上，由經驗中學習是兒童發展的重心，在與環境互動的過程中，兒童的行為便是由環境所提供的模仿、增強、去除與消弱經驗中塑造而成。因此，早期療育方案就是要為幼兒提供更多的模仿對象與正向的行為刺激機會，來導正幼兒的行為與發展。

認知發展理論與行為理論都將早期療育的重心放在提升立即環境（特別是幼兒家庭）的功能，及加強幼兒與立即環境間的關係與互動(Guralnick, 1998; Wolery, 2000)。但是，也有許多學者意識到，除了家庭會直接影響到兒童的發展外，許多其他環境也經由影響家庭功能，而間接影響兒童的發展，所以，只有採取生態系統的觀點，重視大環境系統內各子系統間的交互影響，才能周全的解釋早期療育對特殊兒童發展的重要性(Bailey & Wolery, 1992; Bronfenbrenner, 1979)。於是，根據社會系統理論（強調社會支持網絡的重要性）及生態系統理論（重視不同的環境系統裡，個體、團體、與組織的互動關係），Dunst 對早期療育作了以下的定義：

早期療育的定義是，非正式與正式社會支持網絡提供給嬰幼兒及其家庭的種種支持，這些支持對父母、家庭，及孩

子的功能有直接或間接的影響；換句話說，早期療育可被視為，個體或組織給予家庭的多種不同型態之協助與服務的整合。因此，不僅以居家為主或以中心為主的特殊教育課程是一種早期療育，朋友的關懷、醫生的建議、鄰居暫時幫忙看顧嬰兒、支持性家長團體，及丈夫與妻子間的責任分擔等等，也都是一種早期療育。(Dunst, 1985, p. 179)

Dunst 等人 (Dunst, 1985, 2000; Dunst, Trivette, & Jordy, 1997; Trivette, Dunst, & Deal, 1997)指出，在這個定義裡，早期療育是一種‘以資源為主 (resource-based)’、‘以家庭為中心 (family-centered)的環境介入，用以提升家庭、父母、及孩子的功能，其特點在於強調家庭的內在強處，重視家庭使權 (family empowerment)及專家與家長間的夥伴關係 (partnership)，及加強社區資源的運用與結合。這些理念在 80 年代以後，成為引導早期療育研究與發展的主流，並且對早期療育的政策規劃與執行產生極大的影響 (Halpern, 2000)。

2. 早期療育的政策與法令分析

法令是服務系統發展的依據，它規範了服務的範圍、各層級政府在服務執行上的責任、專業人員的培訓，及專業人員的資格與服務分工等等 (Hebbeler, 1997)。自從啟蒙方案受到廣大的迴響與肯定後，對弱勢族群幼兒的服務，包括身心障礙幼兒，成為美國重要的社會福利政策，並且通過了許多有關早期療育的重要法案，如 1968 年的 P.L. 90-538 (The Handicapped Children's Early Education Assistance Act)，1972 年的 P.L. 92-424 (The Economic Opportunity Amendments)，1975 年的 P.L. 94-142 (The Education for All Handicapped Children Act)，1986 年的 P.L. 99-457 (Education for All Handicapped Children Act Amendments，1990 年的 P.L. 101-476 (The Individuals With Disabilities Education Act, IDEA)，1991 年的 P.L. 102-119 (The Individuals With Disabilities Education Act Amendments of 1991)，及 1997 年的 P.L. 105-17 (The Individuals With Disabilities

Education Act Amendments of 1997)等，其中又以 P.L. 99-457 對早期療育的影響最大。

P.L. 99-457 是美國對早期療育服務推展的重要依據，其立法原因主要是在於，決策者意識到早期療育服務能減少特殊幼兒日後對特殊教育的需求性，而減少社會投注於特殊教育的高成本 (Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000)。在法令內容中有關學前特殊幼兒的部分，以年齡為區別，0-2 歲的特殊嬰幼兒的服務明列在 Part H『身心障礙嬰幼兒方案 (Program for Infants and Toddlers with Disabilities) (後改為 IDEA 中的 Part C)，服務的重點在於醫療，3-5 歲的特殊幼兒服務則在 Part B『學齡與學前方案』(School age and preschool program)，服務的重點在於特殊教育。因此，從法令的觀點，早期療育指的是對 0-2 歲特殊嬰幼兒及其家庭的服務 (Thurman, 1997)。然而，許多學者反對政策對早期療育於年齡上的限制，他們一致認為早期療育這個名詞應可適用於 0-5 歲特殊幼兒群上，因此，學界及實務界對五歲以下的特殊幼兒及家庭的整體性服務，均稱為早期療育 (Noonan & McCormick, 1993; Thurman, 1997)。

雖然 Part H 規定了各州早期療育系統的組成要素 (如表一)，並且要求各州設立機構間協調委員會 (interagency coordinating council, ICC) 協調機構間的合作事宜，但也給各州很大的自由度，讓各州得以依照其資源與服務需求的特質，來規劃地方性的早期療育服務。如，各州得以自行指派專責的主導機構，有些州以教育單位為主導機構，有些則以衛生單位為主導；各州能自行決定發展遲緩的標準，自行定義發展遲緩，並且可自行決定是否將發展遲緩危險群的嬰幼兒納入服務體系中。因此，早期療育的服務系統在各州間的差異性很大，甚至，各州裡也會因社區的差異，而有不同的服務遞送模式 (Hebbeler, 1997; Spiker, Hebbeler, & Wagner, 2000)。縱使如此，整體而言，Part H 的法令內容對美國早期療育的發展有許多共同且重大的影響：在服務使用權上，從早期療育服務只用於某些類別的身心障礙嬰幼兒，修改為所有的特殊嬰幼兒，含身心障礙與發展遲緩，及發展遲緩危險群之嬰幼兒都有權利接受早期療育服務；在服務系統上，從個別的單一方案服務，改變為全面性的、協調的、

機構間的整合服務；在服務的焦點上，從以幼兒為中心的服務，改變為以家庭為中心的服務；在服務領域上，從以往各領域的專家單獨作業，缺乏聯繫與溝通，改變為領域間或超領域的團隊合作（Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000；Hebbeler, 1997）。

1990 年 P.L. 99-457 被重新命名為 Individuals With Disabilities Education Act (IDEA)，即為 P.L. 101-476。IDEA 及其後來的修正案 (1991, 1992, 1997) 更重申了 Part H 中早期療育的基本精神：(1) 早期療育是以家庭為中心的服務，加重了家庭在早期療育中的角色，強調夥伴與使權的觀念；(2) 早期療育是對發展遲緩幼兒及家庭所提供的，全面性的、協調的、多領域的團隊合作服務，強調服務與資源的聯結及無隙縫的轉銜服務，及(3) 早期療育的服務應該是融合的服務，強調服務的場景應以幼兒及家庭所居住的自然環境為優先考量（Halpern, 2000；Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000；Hebbeler, 1997；Meisels & Shonkoff, 2000）。

表一：Part H 對各州早期療育系

統組成之組成要素規定

| |
|----------------------|
| 發展遲緩的定義 |
| 服務的時間表 |
| 對兒童及其家庭進行全面性的、多領域的評估 |
| 個別家庭服務計劃與服務協調 |
| 通報與轉介 |
| 社會宣導 |
| 服務與資源網絡 |
| 完整的人員培訓系統 |
| 專責的主導機構 |
| 服務契約的擬定政策 |
| 申請與發放補助金的流程 |
| 程序申訴 |
| 人員的專業資格政策 |
| 資料檔案系統 |

資料來源：Hebbeler, K. (1997). A system in a system:

Sociopolitical factors and early intervention. In
S.K. Thurman, J.R. Cornwell, & S.R. Gottwald (Eds.),

Contexts of early intervention: Systems and settings
(pp.19-38). Baltimore: Brookes.

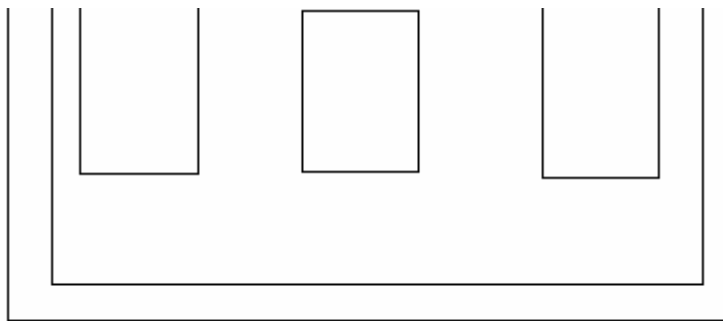
二、台灣早期療育的發展與現況

我國於民國八十二年通過的兒童福利法將發展遲緩兒童及其家庭的早期療育服務納入該法的保障後，便開始研擬推展特殊幼兒的早期療育服務。根據兒童福利法暨其施行細則規定，發展遲緩兒童係指「認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理功能等方面有異常或可預期會有發展異常之情形，而需要接受早期療育服務之未滿六歲之特殊兒童」（兒童福利法施行細則第十一條），對這群特殊兒童，縣（市）政府應「建立早期通報系統並提供早期療育服務」（兒童福利法第十一條第二款），並按其需要，「給予早期療育、醫療、就學方面之特殊照顧」（兒童福利法第四十二條）。而所謂的早期療育係指，在「福利、衛生、教育機關（單位）相互配合辦理」之下（兒童福利法施行細則第十三條），「由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊何作方式，依發展遲緩之特殊兒童之個別需求，提供必要之服務」（兒童福利法施行細則第十二條），並對發展遲緩兒童之父母，「給與適當之諮詢及協助」（兒童福利法施行細則第十三條）。民國八十四年內政部成立跨部會的任務編組，早期療育推動委員會，開始正式執行早期療育服務療育服務，並由台北市結合醫界、療育機構、衛生單位及社會福利機構，率先執行「身心障礙者個案管理服務」；民國八十五年訂定「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，將早期療育服務分作通報→轉介→聯合評估（鑑定）→轉介→療育服務等服務流程，並將每個服務流程應提供的服務內容做了簡單的界定，成為目前國內早期療育服務流程與內容的參考標準（張秀玉，2002），同時，內政部選定台北縣、台中縣、台南市、高雄市及花蓮縣等五個縣市區，展開早期療育服務的實驗計畫，由各縣市政府的社政單位主動結合該地區的醫療機構及社會福利機構，推行鑑定、通報與個案管理的服務。至今，幾乎全國各縣市都已經展開早期療育服務，服務的面向也試著由原先社會福利機構的「點」狀服務供給，推展至機構間合作的「面」向整合服務（楊玲芳，2000）。

雖然，專業整合、團隊合作、個案管理等有關早期療育的重要觀念都已獲得專家及實務工作者的認同，然而，在服務執行上仍面臨了許多困難。這些困難可能是來自於：1. 我國有關早期療育的法令散佈在不同的法源，如兒童福利法、身心障礙者保護法，與特殊教育法，複雜的法令、施行細則、及方案等內容在執行時難以統一貫徹（周文麗、鄭麗珍、林惠芳，2000），加以法源中沒有賦予服務提供機構或人員相關的法令權威（張秀玉，2002），因而減少服務的有效性；2. 在資源整合上，由於國內早期療育的資源散佈在醫療體系、社會福利體系及教育體系，各有其服務特色與專業特長，因此協調整合不易（石曜堂，1995；萬育維，1994）；3. 在地方行政上，政府由於限於人力、經費及專業知識上的不足，不僅無法對直接服務的機構提供足夠的技術協助與經費贊助，且無法監督機構的服務品質（萬育維、莊鳳如，1995），及 4. 在直接服務的執行面上，因專業協調不易，人力不足，專業知能不足及缺乏公權力等等，而影響到服務的預期效果（萬育維、莊鳳如，1995；陳明賢，2000；楊玲芳，2000）。這些研究雖然顯現了服務中的困難現象，但由於沒有評估整個療育系統的運作對服務執行不易的影響，因此而無法對執行面所發生的困難提出完整的解釋與可行的解決方法，如經費與人力和實際運作有最直接的關聯，那麼要多少經費與人力才夠？為什麼會有經費與人力不足的現象，而不足的情況又如何？專業人員知能不足的情況是如何產生？如何整合在職訓練及職前訓練兩個不同的人員培訓系統來解決這問題？而這些問題可能必須回歸到系統分析的層次，從政策的擬定，服務執行組織的結構，到服務的成效評估等多面向的深度探討。所以，本研究與其他研究不同的地方在於，本研究將從系統的觀點，由中央對早期療育的定位與政策，及相關配套措施的施行，如專業人員的培訓、公共宣傳等，經由地方政府對政策的執行與運作，直接服務提供機構的服務設計與管理，到服務接受者的特質與需求分析及對早期療育服務的態度，評估早期療育系統在每個階段與過程中的聯結，以提出有效的實質建議來提升早期療育的效率與成效。

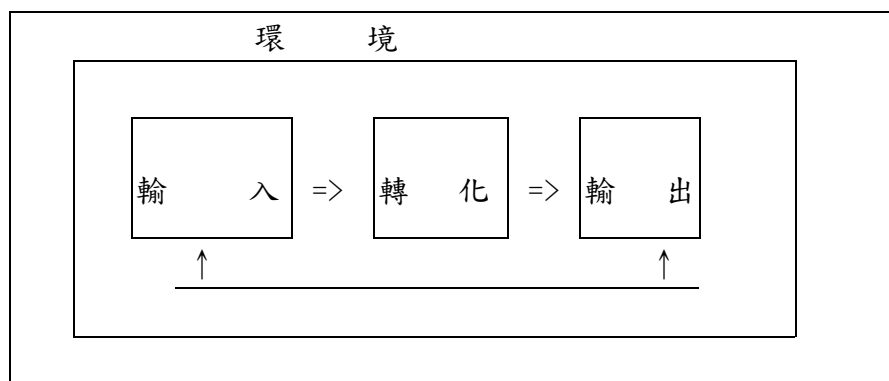
（三）由系統運轉作機制來看早期療育系統

系統運作機制是用來解釋生產/服務與管理的系統理論（Daft, 1994）。



目標，結合其功能而成的資源，然後將產品回釋到環境（如圖一）。

在輸入階段，機構投入物料、人力、經濟、資訊等資源，用來生產產品或服務；在轉化階段，透過生產技術的管理，將資源轉化成產品；在輸出階段，就是成型的產品或服務。當產品或服務被使用後，使用者對產品或服務的回饋，便會影響下個運作時的輸入階段。Daft (1994)指出，系統運作機制有下列四個特點：(1) 系統是開放的，受到外在環境的影響，並有密切的互動；(2) 衰竭 (entropy) 是系統在運作時，每況愈下而至停擺的狀況。當系統無法從所處的環境中得到新的資源時，會逐漸衰竭。因此，一個系統必須觀察環境，適應環境的改變，並持續地帶進新的資源，才能保持系統運作上的平順，並使系統愈加壯大；(3) 綜合 (synergy) 指的是系統裡個體組織的聯結、管理與協調，以產生更大的功能；(4) 子系統是系統裡相互倚賴的部分，一個子系統改變，便會帶動另一個子系統的改變。因此，一個子系統間能充分協調，不斷吸取新資源，及調適環境改變的整體，才是一個運作良好的系統。



圖一：系統運作機制流程圖

資料來源：Daft, R. (1994). Management. Orlando: Dryden Press.

早期療育之所以被稱為系統，是因為它在組成及服務過程中，具有系統的特質。它是由若干個複雜的子系統互動聯結而成，這些聯結便聚成了能滿足特殊幼兒及其家庭所需的綜合功能 (synergy)，這些子系統包括了早期療育政策的決策者、政策執行者、服務提供者，及接受服務的幼兒家庭們 (Thurman,

1997)。研究者從系統運作機制來看早期療育服務，做如下的敘述：

1. 在輸入階段：政策與法令經常是福利服務的主要依據，經由政策與法令，早期療育服務才能得到所需的資源與支持（Hebbelber, 1997）。Hebbeler (1997)根據政策執行的觀點，描述出政策的形成、政策間的互動，及政策執行的過程，如何影響到特殊幼兒及家庭的福利。在聯邦政府上，Part H 的立法及法令內容、經費預算的配置、決策者對早期療育的定位與見解，及支持機制（如技術協助、培訓、研究發展等）的建立，影響到各州裡的專業證照政策、專業人員接受訓練的機會，繼而影響到社區服務方案裡的人力資源與服務遞送模式，而影響到幼兒及家庭所接受到的服務內容及服務品質。而政策的形成除了受到社會整體的經濟狀況、政治考量、政權的移轉、知識背景，社會價值觀的影響之外，一些全國性的、專家學者所組成的協會及身心障礙者倡導者的組織與活動，也對法令內容有重大的影響。

政策資源及政策內容與制定過程常被視為政策層次中，影響政策或計劃執行能力與成果的重要因素（翁興利、施能傑、官有垣、鄭麗嬌，1998；施能傑，1999；卜正球，1999）。政策資源中包含了法令權威，如能夠清楚規範執行機關的權限、行動策略與工作流程，及賦予執行機關或人員權力，以達成政策目標的法源；影響政策執行成效的經費與人員的配置；能幫助政策執行的軟硬體設備等技術與資訊協助，及能提供社會環境支持的社會資源等（施能傑，1999）。政策內容與制定過程則是決策單位是否能正確地認定與建構問題的內涵，與政策決定的合理性（卜正球，1999）。張秀玉（2002）從政策資源來看早期療育服務執行過程中的限制，發現許多服務中所遇到的困難，可能部分原因是來自於政策資源的不足，導致了公部門間垂直與橫向的單位聯繫與協調不易，直接服務提供機構的資源與協助不足，造成工作量負荷過重，服務品質不易控制，而影響到特殊幼兒及家庭的福利權益（張秀玉，2002）。然而政策資源不足的窘境是突顯了我國在早期療育上的政策目標不明確，早期療育的組織定位模糊，使得政策執行的層級屬性不明，在實務運作上因此而得不到充分與協調的資源（張秀玉，2002；萬育維，2001）。

2. 轉化階段：這是一個將早期療育政策及法令轉化成為實地服務的過程，即是由不同專責的單位結合成為一個服務輸送與遞送的網絡，決定早期療育服務實況的階段（張秀玉，2002；Hebbeler, 1997）。早期療育就像其他的社會服務一樣，在不同的層級有不同的形式。在法令及文獻理論中，它所呈現出的可能是一種概念性的理想狀態，然而，在執行時，卻往往偏離了它所設定的理念，如，在理想中，個別化家庭服務計畫是基於重視夥伴關係、強調家庭強處與家庭使權等理念撰寫而成的，但在實際上，因為缺乏足夠的資源、或對法令不了解、或不願信守法令的原始精神，個別化家庭服務計畫已被簡化成一種官僚文書（McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991）。因此，在許多時候，能夠控制政策執行結果的並不是最高層級的中央政府，而是遞送服務方案的地方或社區機構（Weatherley & Lipsky, 1977；Hebbeler, 1997）。在此前提下，服務執行組織結構與提供服務之專業人員是影響服務成效的關鍵點。

張秀玉（2002）用組織網絡的概念來解釋早期療育政策的執行過程，認為早期療育需要是（1）多元參與：即早期療育服務需要不同專業領域的人員共同合作，其中人員對合作與溝通模式是否有效，是早期療育政策執行的關鍵；（2）多層政府：即在服務流程中，中央主管機關與地方主管機關間需能釐清不同層級、不同部門的單位在早期療育系統裡所擔任的角色權責，達到分工與協調；（3）多重權利：即行政體系對資源運用的權利，與立法部門對資源的控制與裁量權之間，需達到分權的平衡；及（4）公私協力，即公部門必須與民間團體合作，所以，公私部門的組織與管理模式必須適時調整，以加強彼此的互動與合作關係。在這個組織網絡中，牽涉到多元參與者對服務內涵的共識與執行能力，及共同介入執行的狀況、各級政府在服務間的協調效率、政府不同單位間的分權與合作，及公私部門的合作機制與互動模式等。

綜合而言，早期療育政策執行的部分牽涉到地方政府的執行組織與運作，及服務機構的服務執行與管理。台灣目前各縣市政府在早期療育的執行組織與運作上有很大的分歧，不僅各縣市在早期療育服務機構的名稱不同，與民間機構合作的方式也各有所差異，有些縣市是公辦公營，有些則是公辦民營；

而委託辦理機構的屬性也不同，含括有早期療育機構、社福協會、基金會、或醫院，因此，服務機構的設立型態、組織與運作型態都不相同，對服務的執行與管理當然也就有所差異，而直接影響到的便是服務的品質了(張秀玉，2002；萬育維，2001)。

3. 在輸出階段中，即是早期療育服務的接受者，特殊幼兒及家庭，對服務的態度與評估。由於台灣早期療育所服務的對向為 0-6 歲的特殊學前幼兒，因年齡上的差異，幼兒所需要的服務焦點不同，0-3 歲的幼兒偏重於醫療部分(許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003；王天苗，1996)，4-6 歲的幼兒則偏重於特殊教育部分(許素彬、盧文月、尹麗芳，2001；王天苗，1996)；發展遲緩的嚴重度不同，有些是因既定障礙所引起的重度發展遲緩，有些則是不明原因的輕度發展遲緩，所需的療育也就有所不同(王天苗，1996)；而家庭的特質也往往影響早期療育的服務成效，及服務供需間的狀況。如何為異質性這麼高的幼兒及家庭們提供適當的支持與服務，一直是早期療育實務界與學術界所關心的議題(王天苗，1996；Brooks-Gunn, Berlin, & Fuligni, 2000；Krauss, 2000)。

雖然早期療育服務的目標在於預防或減輕兒童的發展問題，但是服務並非僅限於兒童的認知發展上(Warfield, Hauser-Cram, Krauss, Shonkoff, & Upshur, 2000；許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003)。特殊嬰幼兒與一般嬰幼兒一樣，發展的過程與品質受到以家庭為核心的生態系統網絡的影響。這個生態網絡，由家庭的微系統層次擴大至，藉由影響家庭而影響到兒童行為的中系統、外系統與大系統(Bronfennbrenner, 1977)。於是，兒童發展的品質不僅決定於家庭如何孕育子女的成長，也決定於外在環境如何支持家庭，幫助家庭發揮其功能(Bronfennbrenner, 1977；Krauss, 2000；許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003)。由於意識到家庭對特殊嬰幼兒發展的重要性，美國在殘障兒童教育修正案(Education for All Handicapped Children's Act Amendments of 1986, PL. 99-457)中指出，早期療育的主要目的在於“提昇家庭能力以滿足其身心障礙嬰幼兒的特殊需求”，並規定早期療育服務提供者必須為其所服務的特殊嬰幼兒設計個別家庭服務計劃，使得家庭成為早期療育服務的核心，早期療育的功能也被

推廣至提供家庭支持服務，以提昇父母、家庭與子女的能力 (Dunst, 1985,2000；許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003)。

許多研究都證實了家庭支持服務的重要性。Dunst 等人 (Dunst, 1985；Dunst, Trivette, & Cross, 1986；Dunst, Trivette, & Deal, 1988) 的研究發現，發展遲緩兒童的發展速率與早期療育的時間及類別沒有太大的關聯，卻與家長所接受到的服務數量與品質有顯著的關係；甚而，家長壓力、個人福祉、對子女的態度、親子互動的頻率、及參與早期療育的程度等，都與家長們是否接受到足夠的社會支持而有顯著的差異（許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003）。然而，在早期療育的實務工作中，家長的決定與心聲卻是最常被忽視的 (Brooks-Gunn, Berlin, & Fuligni, 2000；Bruder, 2000)。McWilliam, Tocci, & Harbin (1995) 為了了解這種現象發生的原因，對服務提供者進行了訪談，發現多數的服務提供者仍然無法“敞開心胸”去接受以家庭為中心的服務模式。可能的原因或許在於，早期療育的服務仍是建立在發展遲緩兒童家庭是弱勢、需要協助的觀念上，這些家庭被視為有缺陷的、缺乏能力的、被動的服務接受者，所以早期療育的目標是要補救家庭所呈現出的內在缺陷，服務提供者以權威者及專家的角色，代替家長決定了相關的服務內容及遞送方式 (Dunst, 1985，2000)。

當「以家庭為中心」被明文規定為早期療育的服務模式後，Dunst 等人 (Dunst, Trivette, & Deal, 1988) 倡導以社會系統理論為基本的家庭增權模式 (family empowerment model)。這個模式將過去以專家為主導的服務方式轉移至以家庭為主導，認為家長可以決定療育的目標與內容；不再將家庭視為缺陷家庭，強調家庭有其內在能力及資源來幫助他們達到自設的療育目標，而服務提供者應協助家庭發現自己的資源與優勢，並且相信家庭能決定自己的需求，而服務提供者必須尊重且支持家庭的決定，才能與家庭發展出信任的合作關係，提供最有效的服務 (Krauss, 2000；Turnbull & Turnbull, 2000)。因此，家庭增權模式是在提供持續的、全面性的、能回應家庭需求的社會支持，以強化家庭功能，提昇家長的能力，使家庭能在早期療育的服務過程中扮演決策者及夥伴的角色 (Krauss, 2000；許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003)。這種增權的服務概念不僅改變了家長在服務接受過程中的角色與任務，更賦予家長權利去影響服務的內涵與過程。因此，家長所扮演的角色已

從服務接受者，轉變成為服務的決定者。

參、研究方法

一、研究架構

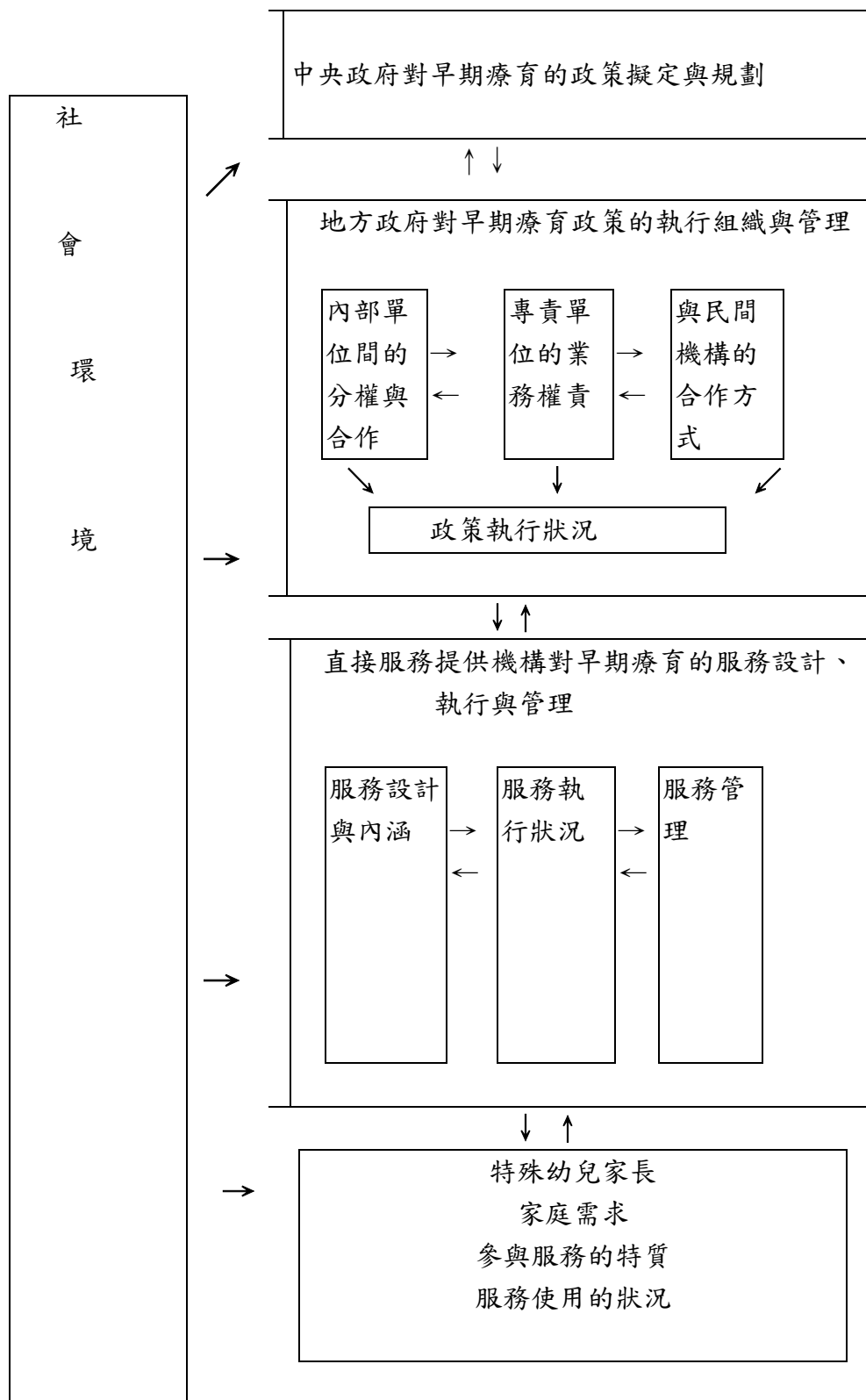
本研究的研究架構圖如圖二，茲說明如下：

（一）在輸入的階段，研究者將探討中央政府的社會福利政策，對早期療育的定位、政策與相關配套措施（如技術援助、訓練與研究發展等）的擬定與推展，及中央與地方的分權等等。於此，研究者並提出假設：制度部門對於早期療育的社會福利的提供，受到政府社會政策的影響，而政府的社會政策則受到社會的整體政治、經濟與文化等因素的影響。

（二）在轉化階段上，研究者將探討地方政府於早期療育政策的執行組織、管理模式與政策執行狀況，及直接服務提供機構對早期療育服務的設計、執行與管理。在地方政府的執行組織與管理模式上，本研究將研討地方政府的專責單位的權責、相關單位的分權與合作模式，及與民間機構的合作方式等等。於此，研究者所提出的假設為：地方政府對早期療育政策執行的狀況受到政府執行組織與管理模式，及當地的資源特質，如經濟、專業人才、文化，等的影響。

在直接服務機構上，本研究將研討機構的服務執行狀況、服務的設計與內涵，與服務管理模式。在此，本研究假設：服務品質、服務執行狀況與機構的管理模式間有相互關係，並受到地方政府的執行組織與管理模式，及特殊幼兒家長的服務參與特質的直接影響。

（三）在輸出階段，本研究將探討特殊幼兒家庭的特質與福利服務需求、接受服務的狀況，及對參與早期療育服務的態度。在此，研究者假設：特殊幼兒家庭對早期療育服務的態度受到其需求特質、服務供需狀態，及直接服務提供機構的服務提供狀況的影響。



圖二、研究架構

二、研究方法

（一）資料蒐集方法

本研究的主旨在於從政策面（輸入）、執行面（轉化），與服務成效（輸出），評估早期療育系統，研究對象包含政府官員、直接服務提供者，與特殊幼兒家長等不同層面的行動者。在研究方法上，以量化研究與質化研究並重，在資料蒐集的方法上，則以問卷調查法及訪談法為主，並以文獻分析為輔。問卷調查法可以讓研究者廣泛地進行實地資料蒐集，訪談法則可以幫助研究者深入了解服務系統的脈絡，而文獻分析可以幫助研究者了解服務提供的內容與過程，增加研究資料的豐富性與客觀性。資料蒐集的方法分別說明如下：

1. 問卷調查法：本研究的問卷調查法之抽樣過程如下：對與各直轄市、縣政府有合作關係之服務機構（含醫療與福利機構）的早期療育服務提供者進行隨機抽樣調查，蒐集各機構於服務方案的規劃與執行的狀況。在這個部分，研究者依各地方政府社政部門所提供的 93 年度通報轉介中心及個案管理中心之承辦機構名冊作為抽樣架構。從每個承辦機構（中心）中隨機抽出 3 名直接服務提供者接受問卷調查，若該機構（中心）之社工員/個管員不足 3 名，則全數訪談。研究者與各承辦機構聯絡，徵求機構的參與與合作，在機構人員的同意下，以郵寄問卷的方式寄達，並請受訪者將問卷以回郵方式寄回。共計有 99 名社工員/個管員接受問卷調查，有效問卷為 99 份。。

2. 對特殊幼兒家長進行抽樣問卷調查，蒐集特殊幼兒及家庭需求特質、服務使用及對早期療育服務的態度等資料。這個部分裡，研究者從各縣市之通報轉介中心及個案管理中心所提供之 93 年度家長名冊，以隨機抽樣的原則，以電話訪談或郵寄問卷的方式，進行問卷調查。北區（含基隆縣、台北縣市、桃園縣、縣市）發出 157 份，回收 134 份，有效問卷 134 份；中部地區（含苗栗縣、台中縣市、彰化縣、南投縣、雲林縣）發出 204 份，回收 120 份，有效問卷 120 份；南部地區（含嘉義縣市、台南縣市、高雄縣市、屏東縣）發出 209 份，回收 78 份，有效問卷 78 份；東部地區（含宜蘭縣、花蓮縣、台東縣、澎湖縣、金門縣）發出 105 份，回收 67 份，有效問卷 67 份。共計發出 675 份，回收 399 份，回收率為 59% 。

2. 深度訪談：本研究對中央層級、地方政府相關業務之承辦人員，與直

接服務提供者進行訪談，以蒐集更細微的系統運作機制。共計訪談 17 名，其中地方政府相關業務承辦人員 5 名，直接服務提供者 12 名，訪談時間約 1 小時至 3 小時。

3. 文獻分析：蒐集並分析研究對象所提供的文件資料，如經費預算決算表、個案管理檔案、個別家庭服務計劃、評估報告、療育紀錄等。

三、研究工具

(一) <發展遲緩幼兒之家庭需求與服務接受狀況>調查問卷：本問卷是由延喚者自行發展，主要目的在於了解發展遲緩幼兒及其家庭之基本資料、幼兒鑑定評估的過程與狀況、家長接受個案管理服務之狀況與使用評估、家長於幼兒與家庭之教育、醫療與社會服務之需求等。

(二)【社工員/個管員服務狀態】調查問卷：本問卷本問卷是由延喚者自行發展，主要在於了解社工員/個管員之基本資料、專業訓練與教育背景、服務狀況評估、服務困境與困難，與工作生活評估等。

(三) 社工員/個管員訪談大綱：訪談大綱內容在於瞭解直接服務提供者在服務過程所遇到的困難與阻礙，及其與工部門間的互動脈絡等。

四、早期療育公部門主辦單位人員訪談大綱：訪談大綱內容包括：(一) 通報轉介中及個案管理中心的工作責任為何？(二) 早期療育民營化過程中所遇到的困難？(從資源面、地方文化面、服務的連續性、服務的效率)(三) 早期療育服務民營化的利與弊。(四) 在早期療育公布墳內部的協調、整合狀況。

(四) 公部門對服務遞送機構的監控機制為何？如何平衡「政府干預最少與組織自主性」及服務成本效益？(六) 如何與服務遞送機構建立起溝通機制？(正式的行政程序與非正？)(七) 如何對服務遞送機構提供支持？支持的面

向有哪些？(八) 當地的早期療育服務如何受到機構的影響？如機構的本質、文化、行政管理等？(九) 主辦人員如何扮演不同的角色？規範者及補充者(經費、設備)？(十) 早療委員會的功能與運作如何？(十一) 對當地早療發展的期待與展望。(十二) 對早療政策的建議。

四、研究步驟

(一) 對通報轉介中心及個案管理中心之社工員/個管員之問卷調查：研究者收集並確定 93 年度各縣市政府之主管單位、通報轉介中心承辦機構，與個案管理中心承辦機構。待名單確定後，研究者逐一與各個承辦機

構聯絡，徵求機構人員之參與與合作，得到機構（中心）的同意後，便將附有回郵信封之問卷以郵卷方式寄達，請受訪者於一週內填畢後逕自寄回。若該承辦機構於中心之社工員/個管員只有 3 名或不足 3 名，研究者便全數抽取社工員進行問卷調查，若機構於中心之社工員/個管員超過 3 名，便請該中心之社工督導或組長以隨機抽樣的方式，抽取 3 名社工員/個管員接受問卷調查。問卷寄出後兩週，研究助理以電話進行追蹤。調查於 94 年二月進行至四月。

- （二）對特殊幼兒家長進行抽樣問卷調查：研究者發函至各縣市政府社會局，請求同意該縣市之通報轉介中心與個案管理中心釋放其個案之家長資料，以便研究之進行。當收到公部門之同意回函後，研究者與該縣市之通報轉介中心與個案管理中心聯絡，請求寄出 93 年度街受服務之個案之家長姓名、聯絡電話與住址。資料蒐集的方式有：1. 電話訪談：某些縣市之中心只提供家長之聯絡電話，研究者在訪員訓練完畢後，請訪員以隨機抽樣的方式自名單中抽出 30 名正式受訪者，及 34 名候補者。訪員先以逐一電訪正式受訪者，每當一位正式受訪者拒絕接受電訪時，便取代以候補者名單，直至家長名單用罄為止。每次電訪時間約 30 分鐘至 50 分鐘不等。2. 郵寄問卷：當訪員以電話方式訪談受訪者，而受訪者表達希望能以郵寄方式進行調查時，訪員便以郵寄方式寄出問卷，請受訪者一週內填畢後以回郵寄回。訪員於問卷寄出後兩週，進行電話追蹤。3. 社工員/個管員代發問卷，受訪者自行以回郵寄回：對某些不願意釋放出個案家長資料之機構，研究者為能順利進行家長之問卷調查，便要求中心之社工員能代為分發問卷給個案之家長填答，並請家長填答後，以回郵信封逕自寄回。4. 社工員/個管員代發代收問卷：當不願題家長資料，但願代發問卷之機構表示希望能代收問卷後寄回時，研究者尊重對方的合作方式，同意中心代發及代收問卷。有效問卷 399 份之區域與問卷調查方式分析如下表。資料收集時間自 94 年 1 月至 94 年 5 月。

表 3-1 有效問卷之區域與問卷調查方式分析

| | 電話訪談 個數(%) | 郵寄問卷 個數(%) | 社工員/個管 員代發問 卷，受訪者自 行以回郵寄 回 個數(%) | 社工員/個管 員代發代收 問卷 個數(%) | 總計 個數 |
|----|-------------------|-------------------|---|--------------------------------|----------------|
| 北區 | 77 (57.5 %) | 3 (2.2%) | 0 (0%) | 54 (40.3%) | 134 (100%) |
| 中區 | 66 (55%) | 10 (8.3%) | 0 (0%) | 44 (36.7%) | 120 (100 %) |
| 南區 | 27 (34.6 %) | 16 (20.5 %) | 13 (16.7%) | 22 (28.2%) | 78 (100%) |
| 東區 | 7 (10.5 %) | 0 (0%) | 0 (0%) | 60 (89.5%) | 67 (100%) |
| 總計 | 177 (44.3 %) | 29 (7.3%) | 13 (3.3%) | 180 (45.1%) | 399 (100 %) |

五、資料分析

在問卷調查資料上，本研究使用卡方分析與變異數分析等統計方法，探討變相間的關係。在深度訪談部分，本研究使用內容分析來瞭解早期療育服務系統間的脈絡。

肆、初步結果分析

一、發展遲緩幼兒家長使用早期療育服務狀況之分析

(一) 受訪者基本資料

本研究的受訪者以女性居多，年齡主要分布在 29-38 歲之間，在身分上以特殊幼兒的母親為多數。

(二) 特殊幼兒資料

本研究所調查之幼兒共計 397 名，平均年齡為 52 個月(4 歲 4 個月)。在性別上，以男生居多，出生序以老大居多。孩子的主要照顧者以母親為主，主要照顧者的年齡以「29-38 歲」者最多，教育程度則以「高中(職)」居多。

在幼兒的身份上，六成以上的受訪幼兒領有身心障礙手冊，障礙類別以多重障礙及智能障礙居多，障礙程度以重度居多，第一次鑑定的平均年齡為四歲。二成左右的受訪幼兒領有發展遲緩證明，遲緩類別中以認知發展遲緩的比例最多，第一次鑑定的平均年齡為 5.4 歲。二成左右的受訪幼兒未領有任何手冊或證明。

在特殊幼兒的療育狀況上，五成左右的幼兒不需要使用輔具，七成以上的幼兒皆已進入學前教育機構並接受教育服務。所接受的療育項目以語言治療的比例最多。對目前未接受任何療育服務的幼兒來說，未接受療育服務的主要原因以家庭因素居多(家人認為沒有必要、沒時間、沒人帶他去，或沒有錢)。家長在尋找資源的管道上，多數者經由專業人士(包括醫療人員或社工人員)的協助與轉介。

(三) 幼兒家庭資料

受訪幼兒的家庭特徵，在戶籍地上，主要是分布在北部與中部地區。雙親的國籍均以本國國籍為主，但母親為外國國籍的比例高於父親。雙親的年齡均以 29-38 歲最多，學歷以高中(職)居多；在職業上，父親沒有職業或家管的只佔少數，而半數左右的母親則為家管。家中子女的平均數為 2 人，家中的主要經濟來源為父親者最多，家中每月平均總收入在「三萬一千元至四萬元」者最多，而家庭收支狀況上，「收入小於支出」的家庭比例明顯高於「收入大於支出」的家庭比例。

(四) 孩子的健康與醫療服務

在孩子的健康狀況上，雖然較多數的父母覺得孩子的健康狀況普通，但認為孩子健康情況不好者的比例還是高於覺得孩子健康狀況好者。多數家長在孩子三歲以前便發現孩子有發展上的困難，但第一次接受鑑定的年齡，身心障礙幼兒為四歲，發展遲緩幼兒為 5.4 歲，而第一次接受療育服務的時間主要分布在 1 歲 7 個月到 4 歲之間。

五成四左右的家長是自己發現孩子有發展上的問題，當發現孩子有問題時，七成六左右的家長會立即帶孩子就醫，但是仍有二成六左右者未立即帶孩子就醫，未立即究一的主要原因為「認為需要多觀察一段時間」及「認為需要

多觀察一段時間」。

（五）早期療育個案管理服務的接受狀況

現有接受早期療育個案管理中心服務的受訪者為六成左右。幼兒主要是在 2 歲 1 個月至 3.5 歲間進入個管中心接受服務，超過半數以上的幼兒接受服務的時間為兩年以內。

在服務的了解與參與上，多數受訪者不知道 IFSP，只有三成四左右者知道 IFSP。知道 IFSP 的家長多數會與個管員討論 IFSP 的擬定，而且多數者對參與狀況感到滿意或非常滿意。

在與個管員互動的狀況上，九成以上的受訪者在過去三個月內都有與個管員互動或聯絡的紀錄，其中以接到個管員「電訪」的為多數，互動的主要目的多數以「了解兒童發展狀況」為主。九成三左右的受訪者表示個管員曾給予建議與意見，對建議與意見的接納狀況以「經常接納」與「總是接納」最多。對個管員服務的滿意度上，滿意程度最高的是「個管員會尊重我及家人所做的任何決定」及「個管員所提出的建議與意見對我有所幫助」，而不滿意度最高的服務是「個管員對我的孩子及家庭有足夠的服務時間」及「個管員會對我解釋服務計畫的流程」。

受訪者認為個管中心有提供的服務以「有提供療育補助的申請訊息」的比例最高，依次為「提供家長親職教育服務」、「安排語言訓練課或相關課程」、「為孩子尋找教育機構」、「提供孩子療育所需的訊息」、「服務安排職能訓練課或相關課程」、「提供孩子幼小轉銜服務」、「申請家庭補助經費」、「幫助家長瞭解孩子發展狀況及福利服務」、「提供安排物理訓練課或相關課程」、「為孩子的任課老師提供諮詢服務」、「陪同家長及孩子到醫院進行評估或療育」、「幫助家長與其他特殊孩子的家長進行聯繫」、「提供孩子療育服務中所需的交通服務」、「提供以家長為主的諮詢服務」、「提供喘息服務」。

受訪者使用比率最高的服務是「幫助家長瞭解孩子發展狀況及福利服務」，其後依次為「提供療育補助的申請訊息」、「陪同家長及孩子到醫院進行評估或療育」、「為孩子的任課老師提供諮詢服務」、「提供孩子療育所需的訊息服務」、「提供安排語言訓練課或相關課程」、「提供以家長為主的諮詢服務」、「提供安排職能訓練課或相關課程」、「幫助家長與其他特殊孩子的家長進行聯繫」、「提供家長親職教育服務」、「為孩子尋找教育機構」、「提供孩子療育服務中所需的交通服務」、「提供孩子幼小轉銜服務」、「為家長申請家庭補助經費」、「提供安排物理訓練課或相關課程」、「提供喘息服務」。

受訪者滿意度比率最高的服務為「陪同家長及孩子到醫院進行評估或療育」，其後依次為「提供療育補助的申請訊息」、「為孩子尋找教育機構」、「安排語言訓練課或相關課程」、「為孩子的任課老師提供諮詢服務」、「提供家長親職教育服務」、「提供孩子療育所需的訊息服務」、「安排職能訓練課或相關課程」、「提供孩子幼小轉銜服務」、「幫助家長瞭解孩子發展狀況及福利服務」、「提供

喘息服務」、「提供孩子療育服務中所需的交通服務」、「安排物理訓練課或相關課程」、「幫助家長與其他特殊孩子的家長進行聯繫」、「提供以家長為主的諮詢服務」、「為家長申請家庭補助經費」。

受訪者急迫需求比率最高的服務為「安排語言訓練課或相關課程」，其後依次為「提供療育補助的申請訊息」、「幫助家長瞭解孩子發展狀況及福利服務」、「提供孩子幼小轉銜服務」、「安排職能訓練課或相關課程」、「提供孩子療育所需的訊息服務」、「為家長申請家庭補助經費」、「為孩子尋找教育機構」、「提供家長親職教育服務」、「安排物理訓練課或相關課程」、「提供孩子療育服務中所需的交通服務」、「陪同家長及孩子到醫院進行評估或療育」、「幫助家長與其他特殊孩子的家長進行聯繫」、「提供喘息服務」、「提供以家長為主的諮詢服務」。

整體而言，大多數受訪者均認為服務是有幫助的，其中受到最大助益的項目為「能使家長獲得更多相關訊息」，受到最小助益的項目是「能幫助改善家庭的生活品質」。

（六）家庭需求與社會福利服務

家長在特殊幼兒教育上所遇到的困難，以幼兒教養資訊及技巧上的不足居多，其中以「不知道如何擇適當的教育服務」比例最高，其次為「不知道如何教導特殊兒童」，但在政府應優先辦理哪些教育措施，認為政府應先辦理「提高特殊幼兒教育補助費」的比例最多，其次為「提供多元化的療育管道」。在孩子的醫療過程中所遇到的困難，比例最高為「不知道該去哪家醫院或看哪家醫生」，其次為「等待評估鑑定的時間過久」，在認為政府應優先辦理的醫療措施，以「增加醫療與復健經濟補助」最多，其次為「提供語言治療」。家長所需要的家庭服務項目中，需求比例最高的項目為「家長需要親職教育與訓練」，其次為「需要臨托服務」，認為政府應優先提供的家庭支持服務措施，以「提供親職教育與訓練」的比例最高，其次為「成立教養諮詢中心」。特殊幼兒家長最需要協助的時期，以「當孩子被鑑定出有障礙或障礙形成的時候」的比例最高。由此可見，許多父母在孩子的教育與醫療上，都遇到不知道如何尋求適當服務及缺乏療育知識與技巧的困擾，而最需要政府辦理的措施也都以增加經濟補助為多，而這些需求可能在家庭最需要協助的時期會更為高。

在評估政府社會福利及政策的滿意度上，受訪者對於「身心障礙手冊的申請手續」的滿意度最高，其次為「健保費補助」，而最不滿意的是「輔助器具補助」與「臨時及短期照顧服務補助」。

受訪者對家庭及孩子生活品質的整體性評估，多數者都認為「尚可」，而認為「好」的比例也都高於「不好」。

（七）家庭生活品質狀況

受訪者對於自己家庭的生活品質狀況，同意程度最高為「在我家，父母盡了照

顧子女的責任」與「我跟孩子的服務提供者（如個管員、社工員、醫師、治療師等）間都能保持良好關係」（同意與非常同意相加合計高達 91.6%），其次第二高為「無論順境或逆境，我的家人都會一起渡過」（同意與非常同意相加合計 90.8%）。

另外，受訪者對於家庭的生活品質狀況，同意程度最低為「我的家人經常參加社區活動」（不同意與非常不同意相加合計 64.7%），次低同意程度為「我的家人生活無虞，沒有經濟上的困難」（不同意與非常不同意相加合計 47.8%）

（八）影響特殊幼兒服務接受狀況之變項分析

孩子被發現有發展遲緩現象的年齡與孩子的身份別、孩子的年齡及母親教育程度間有顯著關係。領有身心障礙手冊的幼兒、孩子的年齡越小，或母親的教育程度較高時，就越早發現孩子的遲緩現象。

孩子遲緩現象的發現方式雖然都是以自己發現為多數，但是仍與孩子的身份別、孩子的年齡與母親的教育程度相關。領有身心障礙手冊的幼兒較傾向於由醫療人員發現，而領有發展遲緩證明及為領有任何手冊或證明的幼兒則較易被幼託老師發現，這可能是因為遲緩嚴重度所造成的差異，但是當孩子的孩子的年齡增加，「幼托園所老師發現」的比例又會隨之增加。母親教育程度為「國小」的受訪者在發現管道為醫療人員上的比例顯著低於其他教育程度者，這是否為社經狀態所導致的資源剝奪現象，是值得探討的。

孩子初次接受療育的年齡與幼兒性別、幼兒身份別、區域間有顯著關係。研究結果發現，女生初次接受療育的年齡早於男生，領有身心障礙手冊的幼兒接受療育的年齡早於其他兩類者，中區及北區發展遲緩幼兒初次接受療育的時間早於南區及東區，其中以中區幼兒初次接受療育的年齡最早。

幼兒的就學狀態與性別及幼兒的身份別間有顯著關係。女生尚未就學及接受機構教育的比例也顯著高於男生，顯示女生的就學與教育安置上可能劣於男生，而「領有發展遲緩證明」幼兒進入一般學前教育機構普通班的比例高於其他兩類者，其中以「領有身心障礙手冊」幼兒最低，顯示最少限制環境的程度會因孩子的性別與發展遲緩程度而有所差異。

（九）影響家庭需求與社會福利服務之變項分析

幼兒的家庭經濟狀況與父親及母親的教育程度間有顯著關係，當父母親的教育程度越低時，家庭的每月平均收入就越低。家庭最需要協助的時期以「當孩子被鑑定出有障礙或障礙形時」最多，特別是當特殊幼兒的出生序為老大或獨生子女，或當幼兒為「領有發展遲緩證明」，或母親的教育程度為「碩士」、「大學（專）」時。

在家庭生活品質上，「領有身心障礙手冊」幼兒、北區或母親教育程度越低的家庭，就越傾向於認為家庭生活品質不佳。而在孩子的生活品質評估上，「領有身心障礙手冊」幼兒或母親教育程度越低的家庭，較傾向於認為孩子的

生活品質不佳。

(十) 影響個案管理服務滿意度之變項分析

在個管員服務的同意程度上，於南部及中部母親教育程度上結果發現與各項評估項目間有顯著關係的變項只有「區域別」及「母親教育程度」。雖然多數受訪者對個管員服務的滿意程度均感同意，但在區域上，中區及北區受訪者的同意比例高於南部及東部。而或許發展遲緩幼兒的主要照顧者多為母親，因此個管員與母親間的聯繫與互動較為密切，因此，在個管員服務的滿意度上與母親的教育特質間有顯著關係，其中以母親教育程度為「高中職」的受訪者對個管員服務「同意」及「非常同意」的出現比例最高。

為了瞭解個管中心所提供的服務是否因區域而有所不同，研究者將服務項目與區域別作變項分析，結果發現，有顯著關係存在的服務項目只有「為孩子的任課老師提供諮詢服務」、「陪同家長及孩子至醫院進行評估與療育」、「提供家長親職教育」及「提供喘息服務」，其他的服務項目的提供與否則沒有因區域而有顯著差異。

二、 社工員/個管員服務狀況分析

(一) 受訪者基本資料

本研究的受訪者的特質，主要為女性，年齡層以「26-30 歲」者為多數，婚姻狀態多為未婚，多數人沒有宗教信仰，教育程度多為大專院校社工系畢業。

受訪者之任職場所個案管理中心居多，多數分佈在北區及南區，八成以上的受訪者為社工員/師，服務的個案量以「102 人以上」為最多，半數以上的受訪者在中心任職的年資及從事早期療育服務的年資均為「兩年以下」。

在專業訓練上，多數受訪者在職前有修習過早期療育的相關課程，平均修習的學分數為 7.51。九成五以上者有接受過早期療育在職訓練，在職訓練總時數以「40 小時以下」居多，其中又以接受「機構指派參加之外訓」時數最多。

(二) 服務狀況評估

1. 通報轉介中心部份

通報轉介中心所提供的服務項目，在「個案需求的滿足程度」上，社工員認為可以充分滿足個案需求的服務項目以「提供機構轉介服務」的比例最高(佔 47.7%)，其次為「提供幼兒之相關療育諮詢服務」(佔 45.5%)；而無法滿足個案需求的服務項目以「舉辦社區親職教育講座」的比例最高(佔 27.5%)。

在「個案對於服務的需求程度」中，其中以「提供幼兒之相關療育諮詢服務」、「提供家庭諮詢服務」與「提供機構轉介服務」的需求程度高達 100% (普通需求與急迫需求相加)。而需求程度較低者為「舉辦宣導活動」與「舉辦社區親職教育講座」(不需要程度各佔 4.8% 與 4.7%)。

在「社工員服務的專業知能程度」中，社工員自評專業知能程度「高」的

服務項目以「提供幼兒之相關療育諮詢服務」的比例最高（佔 56.8%），其次為「提供機構轉介服務」及「辦理發展遲緩兒童篩選(檢)活動」（各佔 46.5%）。社工員自評專業知能程度「低」的服務項目則以「提供到宅服務」的比例最高（佔 11.9%），其次為「舉辦或配合辦理幼小銜接座談會」（佔 11.4%）。

業務量最大的服務項目，以「個案管理」最高（佔 48.8%），其次為「提供幼兒之相關療育諮詢服務」（佔 31.7%）。

業務量次大的服務項目，以「提供幼兒之相關療育諮詢服務」為最高（佔 24.4%），其次為「提供家庭諮詢服務」（佔 19.5%）。

業務量第三大的服務項目，以「提供家庭諮詢服務」與「提供機構轉介服務」兩者為最高（各佔 17.5%），其次為「提供幼兒之相關療育諮詢服務」與「個案管理」（各佔 12.5%）。

2.個案管理中心

個案管理中心所提供的服務項目，在「個案需求的滿足程度」上，社工員認為可以充分滿足個案需求的服務項目以「療育補助費用的申請訊息」的比例最高（佔 85.1%），其次為「協助辦理交通費補助」（佔 69.5%）；而無法滿足個案需求的服務項目以「提供孩子療育服務中所需要的交通服務」的比例最高（佔 43.5%）。

在「個案對於服務的需求程度」中，以「安排語言訓練或相關課程」、「療育補助費用的申請訊息」、「提供孩子療育所需的訊息服務」與「幫助家長了解孩子發展狀況及福利服務」的需求程度高達 100%（普通需求與急迫需求相加）。而需求程度較低者為「幫助家長與其他特殊孩子的家長進行聯繫」（不需要程度佔 12.9%）。

在社工員服務的專業知能程度中，社工員自評專業知能程度「高」的服務項目以「療育補助費用的申請訊息」的比例最高（佔 82.8%），其次為「協助受理通報」（佔 81.2%）。社工員自評專業知能程度「低」的服務項目則以「提供以家長為主的諮詢服務」的比例最高（佔 31.4%），其次為「提供喘息服務」（佔 21.7%）。

業務量最大的服務項目，以「幫助家長瞭解孩子發展狀況及福利服務」最高（佔 34.2%），其次為「協助受理通報」（佔 12.7%）。

業務量次大的服務項目，以「協助辦理交通補助」與「提供孩子的幼小銜接服務」為最高（各佔 13.2%），其次為「陪同家長及孩子至醫院進行評估

療育」(佔 11.8%)。

業務量第三大的服務項目，以「為孩子尋找教育機構」為最高(各佔 13.3%)，其次為「為家長申請家庭補助經費」(各佔 12.0%)。

(三) 工作困難狀況評估

在政策執行層面上，八成六以上的受訪者都有遇到問卷所陳列之問題，其中以「台灣地區縣市早療資源分配不均」與「地方政府社政、衛政與教育部們間的協調不足」的比率最高(均為 99.0%)，其次為「政府經費補助缺乏彈性」及「早療相關專業人員，缺乏公權力」(均為 96.0%)。在所造成的困難程度上，以「台灣地區縣市早療資源分配不均」最為嚴重(平均值=4.09，標準差=1.098)，其次為「早療相關專業人員，缺乏公權力」(平均值=3.75，標準差=1.211)。

在組織行政管理上，五成八以上的社工員表示在服務過程中有遇到問卷上所陳列之問題，其中以「中心經費不足」的比率最高(佔 89.0%)，其次為「機構內部行政程序過於繁瑣」(佔 79.0%)。在所造成的困難程度上，以「中心經費不足」最為嚴重(平均值=3.76，標準差=1.252)，其次為「中心設備、設施及空間不利於服務使用」(平均值=2.85，標準差=1.514)。

在人力資源上，七成六以上的社工員表示在服務過程中有遇到問卷上所陳列之問題，其中以「工作量負荷過重」的比率最高(佔 97.0%)，其次為「社工人力不足」(佔 93.9%)。在所造成的困難程度上，以「工作量負荷過重」最為嚴重(平均值=3.64，標準差=1.260)，其次為「社工人力不足」(平均值=3.44，標準差=1.379)。

在資源連結上，七成八以上的社工員表示在服務過程中有遇到問卷上所陳列之問題，其中以「衛政、社政與教育等機構間的資源整合困難」的比率最高(佔 98.0%)，其次為「社區人士對早期療育相關活動的參與度低」(佔 96.0%)。在所造成的困難程度上，以「衛政、社政與教育等機構間的資源整合困難」最為嚴重(平均值=3.45，標準差=1.094)，其次為「社區人士對早期療育相關活動的參與度低」(平均值=3.25，標準差=1.271)。

(四) 工作生活品質評估

在過去一年的工作經驗與感受的同意程度中，有四成二以上的社工員對工作生活品質狀況表示同意。其中以「我和同仁相處和諧」同意程度最高，高達 100%，其次為「我覺得早期療育工作具有挑戰性」(同意與非常同意程度相加

佔 95.9%)、「我能不斷吸收新知，以滿足個案的需求」(同意與非常同意程度相加佔 94.3%)。

另外，同意程度最低為「我能隨時從公部門得到適當的協助與支持」(非常不同意與不同意程度佔 57.1%)，其次為「我覺得我的工作量適當」(非常不同意與不同意程度佔 56.6%)、「我對我的薪資狀況感到滿意」(非常不同意與不同意程度佔 54.6%)。

文獻參考

內政部兒童局 (2000)。發展遲緩兒童早期療育法規彙編。台中：內政部兒童局。

內政部社會司 (1997)。發展遲緩兒童早期療育服務實施方案。台北：內政部。

施怡廷 (1998)。發展遲緩兒童家庭對兒童照顧需求之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。

張秀育 (2002)。影響早期療育服務通報轉介政策執行因素之探討。社區發展季刊，第九十七期，329 頁-341 頁。

萬育維 (1994)。長久以來被忽略的問題：談學齡前兒童早期療育的規劃。社會福利，第 115 期，18 頁-26 頁。

萬育維 (2001)。早期療育中心角色與定位之研究。台中：內政部兒童局。

萬育維、莊鳳如 (1995)。從醫療與服務整合的角度探討我國發展遲緩兒童之早期療育制度之規劃。社區發展季刊，第七十二期，48 頁-6 頁。

陳明賢 (2000)。早期療育整合服務實施方案評估 - 以高雄市發展遲緩兒童為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

陳俞君、朱曉慧 (1995)。早期介入計畫對發展遲緩幼兒與母親互動行為之影響。Kaoshiung J Med Sci, 11, 697-707.

陳妹蓉、黃美智 (1999)。以家庭為中心的護理：發展遲緩兒童父母之態度與因應行為。榮總護理，第十六卷第三期，254 頁-263 頁。

陳昭儀 (1995)。身心障礙兒童與家庭。師大學報，第四十期，187 頁-212 頁。

林淑謹 (1999)。早產兒家庭所面臨的課題及社工干預策略。中華醫務社會工作學刊，第七期，57 頁-63 頁。

林金定 (2002)。發展遲緩兒童早期療育制度之評估。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。

廖華芳、李宜靜、吳文豪、林麗英、高麗芷 (1999)。台北市醫療機構兒童早期療育服務之調查。中華物療誌，第 24 期，161 頁-173 頁。

沈慶盈 (2000)。台北市早期療育服務體系之運作困境與整合分析。台大社工

- 學報，第三期，114 頁 - 149 頁。
- 楊玲芳 (2000)。早期療育服務個案管理者執行工作內涵與困境相關因素之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 石曜堂 (1995)。從兒童福利法談我國的早療制度。推波引水，10 頁-38 頁。
- 周文麗、鄭麗芳、林惠芳 (2000)。台灣早期療育的發展與未來展望。文教新潮，7 頁-12 頁。
- 王天苗 (1996)。台灣地區心智發展遲緩幼兒早期療育服務供需及相關問題之研究。特殊教育研究學刊，12，75 頁-103 頁。
- 許素彬，盧文月，尹麗芳 (2001)。學前教育機構之生態分析探討發展遲緩幼兒融合教育過程之資源需求。台灣社會福利學會，「全球化與社會福利」學術研討會。
- 許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003，特殊需求嬰幼兒之家庭需求分析與研究，靜宜大學人文學報，18，127-157。
- 邱瑜瑾、許素彬，2003，國中身心障礙學生轉銜服務之研究-社會體系觀點，社會政策與社會工作學刊，7 (1)，99-162。
- 施能傑 (1999)。政策執行的要素分析。研考雙月刊，23 卷 4 期，6 頁-15 頁。
- 翁興利、施能傑、官有垣、鄭麗嬌 (1998)。公共政策。蘆洲，台北：空中大學。
- 卜正球 (1999)。提昇政策執行荔枝基本要素。研考雙月刊，23 卷 4 期，16 頁-23 頁。
- Barnett, D., Pepiton, A., & Bell, S. (1999). Evaluating early intervention: Accountability methods for service delivery innovations. *The Journal of Special Education*, 33(3), 177-188.
- Bailey, D. , & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Brooks -Gunn, J., Berlin, L., & Fuligni, A. (2000). Early childhood intervention programs: What about the families? In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 549-588). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.
- Daft, R. (1994). *Management*. Orlando: Dryden Press.
- Dunst, C. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C. (2000). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C., Trivette, C., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M. J. Guralnick (Ed.), *Effectiveness of early intervention* (pp. 499-522). Baltimore: Brooks.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 3-24). Baltimore: Paul J. Brookes.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319-345.
- Halpern, R. (2000). Early intervention for low-income children and families. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 361-386). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harbin, G., McWilliam, R., & Gallagher, J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 387-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hebbeler, K. (1997). A system in a system: Sociopolitical factors and early intervention. In S.K. Thurman, J.R. Cornwell, & S.R.

- Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 19–38). Baltimore: Brookes.
- Krauss, M. (2000). Family assessment within early intervention programs. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 290–308). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mahoney, G. & Bella, J.M. (1998). A examination of the effects of family-centered early intervention on child and family outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18(2), 83–94.
- McGonigel, M., Kaufman, R., & Johnson, B. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McWilliam, R.A., Tocci, L., & Harbin, G. L. (1995). *Services are child-oriented and families like it that way – but why?* Chapel Hill, NC: Early Childhood Research Institute: Service Utilization, Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Meisels, S., Dichtelmiller, M., & Liaw, F. (1993). A multidimensional analysis of early childhood intervention programs. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 361–385). New York: Guilford Press.
- Nelson, C. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 204–230). Cambridge: Cambridge University Press.
- Noonan, M. & McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environments: Methods and procedures*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Spiker, D., Hebbeler, K., & Wagner, M. (2000). A framework for describing variation in state early intervention systems. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(4), 195–207.

- Thurman, S. (1997). Systems, ecologies, and the context of early intervention. In S.K. Thurman, J.R. Cornwell, & S.R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 3-18). Baltimore: Brookes.
- Trivette, C., Dunst, C., & Deal, A. (1997). Resourced-based approach to early intervention. In S.K. Thurman, J.R. Cornwell, & S.R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 73-92). Baltimore: Brookes.
- Warfield, M. E., Hauser-Cram, P., Krauss, M., W., Shonkoff, J. P., & Upshur, C.C. (2000) . The effect of early intervention services on maternal well-being. *Early Education & Development*, 11(4), 499-517.
- Weatherly, R., & Lipsky, M. (1977). Street-level bureaucrats and institutional innovation: Implementing special education reform. *Harvard Education Review*, 47(2), 171-197.
- Wolery, M. (2000). Behavioral and educational approaches to early intervention. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 179-203). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zigler, E. (2000). Forward. In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. xi-xv). Cambridge: Cambridge University Press.